

岸和田市病児保育事業利用登録票

申請者名

保護者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先
	携帯電話		連絡先
	携帯アドレス		電話
	携帯電話		連絡先
携帯アドレス	電話		

登録児童	児童氏名 <small>(ふりがな)</small>	性別	生年月日	
		男・女	年 月 日生 (歳 ヶ月)	
	住所 (〒 -) 電話 ()			
	通園施設等			
	1			
	2			
	かかりつけ医師			
	医療機関名		電話 ()	担当医師氏名
	既往症（今までかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください。）			
	1 突発性発しん	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】		
	2 麻しん（はしか）	13 アトピー性皮膚炎		
	3 水痘（水ぼうそう）	14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】		
	4 風しん（三日ばしか）	15 熱性けいれん	【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】	
	5 咽頭結膜熱（プール熱）	16 てんかん	【座薬の指示はあり・なし】	
	6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	17 食物アレルギー	【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他 ()】	
7 百日咳	18 その他	【具体的に： 】		
8 ヘルペス口内炎				
9 RSウイルス細気管支炎				
10 ロタウイルス性腸炎				
11 B型肝炎（キャリアを含む）				
予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください。）				
1 ロタウイルス	8 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】			
2 B型肝炎	9 BCG			
3 ヒブワクチン	10 麻しん・風しん混合			
4 肺炎球菌	11 水痘（水ぼうそう）			
5 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）			
6 ポリオ（生ワクチン）【1回目・2回目】	13 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】			
7 ポリオ（不活化ワクチン）【1回目・2回目・3回目・追加】	14 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】			
入院の経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。）				
1 ない				
2 ある【 歳 ヶ月、病名 】				
【 】				
常時内服している薬（常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。）				
1 ない 2 ある 【具体的に： 】				
その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。）				